保険外負担料金に関する同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、使用料・利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名をお願いいたします。

項　目	単価（税込）/単位
歯ブラシ・ハミングセット	90円/本
BOXティッシュ	150円/箱
T字カミソリ	60円/本
胃ろう洗浄ブラシ	2.750円/本
DIBキャップ	1.100円/個
MRIポート針	910円/本
栄養点滴チューブ（単品）	390円/本
ペグポケット胃ろう用腹帯（1ヶ入）	3.850円/袋
ペグポケット胃ろう用腹帯（2ヶ入）	7.700円/袋
ソフトにぎっ手（1個入）	3.850円/袋
ソフトにぎっ手（2個入）	7.320円/袋
マウスモイスト	1.250円/個
デンタルブロック（L・S）	550円/個
マスク	330円/袋
設備費	390円/日
エンゼルケア	33.000円

上記内容について同意いたしました

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ゆめが丘総合病院